

FORMULAIRE de DEMANDE de
CONFIRMATION d'une INFECTION VIH
(test de dépistage réactif)

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE DEMANDEUR	
Nom:	
Adresse:	
N° de téléphone:	
N° de fax:	

IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom de famille:*		Prénom:*	
Sexe:*	M - F - X		
Date de naissance:*			
N° national:*			
Adresse:*			

*A remplir obligatoirement

DONNEES DE L'ECHANTILLON Au minimum 0,5 ml	
Date du prélèvement sanguin:*	
Type d'échantillon:*	Serum - EDTA plasma
Date de l'envoi:	
Votre référence:*	

*A remplir obligatoirement

RESULTATS DES TESTS DE DEPISTAGE			
Nom du test:		D.O. résultat:*	
Firme:		D.O. seuil:*	

Le laboratoire de référence SIDA est ouvert du lundi au vendredi de 8h30-12h et 13h-17h.

RECEPTION DES ECHANTILLONS AU LRS/ARL JUSQU'A 16h30.

En dehors des heures d'ouverture : réception au laboratoire de Biologie Clinique, 1P8 entrée 22.

Pour la conformité des échantillons et informations supplémentaires concernant les tests,
veuillez consulter: www.arl.ugent.be